

Rozdział II.5

Wpływ zmian w zakresie specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego na jego dostępność dla osób starszych

Marcin Kautsch, Aleksandra Kaczor

II.5.1. Zmiany w strukturze i sposobie zorganizowania świadczeń w zakresie specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego w latach 1990–2004

W okresie powojennym w ramach odbudowy systemu ochrony zdrowia prowadzono intensywny nabór na studia lekarskie. System kształcenia podyplomowego umożliwiał lekarzom podjęcie dwustopniowej specjalizacji, której posiadanie było źródłem prestiżu i dawało szansę na awans zawodowy (pracę w szpitalu, stanowisko kierownicze). Dlatego też większość lekarzy starała się uzyskać przynajmniej dyplom specjalisty I stopnia. W podstawowej opiece zdrowotnej zatrudniani byli lekarze, którzy podejmowali szkolenie w zakresie czterech podstawowych specjalizacji: chorób wewnętrznych, pediatrii, ginekologii i położnictwa oraz chirurgii. Ten powszechny trend spowodował, że obecnie około 80% lekarzy w Polsce posiada specjalizację lekarską co najmniej I stopnia. Dlatego, mówiąc o specjalistach, myślimy również o lekarzach pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, chociaż termin „opieka specjalistyczna” używany jest zwykle do określenia świadczeń udzielanych przez lekarzy specjalistów zatrudnionych w poradniach specjalistycznych¹.

Od lat siedemdziesiątych aż do wczesnych lat dziewięćdziesiątych specjalistyczne usługi w ramach opieki ambulatoryjnej realizowane były w zespołach opieki zdrowotnej, szpitalach posiadających różnego typu poradnie i pracownie oraz w specjalistycznych zakładach leczenia ambulatoryjnego. W początkowym okresie przeobrażeń systemowych w Polsce (w roku 1990) na rynku istniały tylko publiczne zakłady tego ostatniego typu oraz nieliczne i niewielkie

¹ Obecnie wprowadzany jest jednostopniowy system kształcenia w zakresie specjalizacji lekarskich, tym samym lekarze z I stopniem specjalizacji nie będą zaliczani do kategorii specjalistów.

zakłady niepubliczne świadczące odpłatne usługi medyczne. Przełomowe znaczenie dla zmian w strukturze lecznictwa miało Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 5 sierpnia 1993 r. dotyczące ogólnych warunków i procedur zawierania kontraktów na świadczenia usług zdrowotnych oraz wynagrodzenia za te usługi [Dz.U., 1993, Nr 76, poz. 263] (wydane na podstawie ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; Dz.U., 1991, Nr 91, poz. 408), na którego mocy środki publiczne przeznaczone na opiekę zdrowotną mogły być przekazywane na określonych warunkach poza sektor publiczny, do prywatnych dostarczcicieli świadczeń zdrowotnych. Ten akt prawny, wprowadzając pewną formę rynku do systemu opieki zdrowotnej, przyczynił się do znacznego rozwoju sektora prywatnego, co początkowo widoczne było szczególnie w opiece ambulatoryjnej.

Kontraktowanie usług (pierwsze kontrakty podpisano w województwie suwalskim w roku 1993²) stymulowało powstawanie prywatnych zakładów opieki zdrowotnej i gabinetów lekarskich. Jak wspomniano, prywatne praktyki medyczne istniały już wcześniej, jednak dopiero od połowy lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku zaczęły się one gwałtownie rozwijać. Początek tego rozkwitu nastąpił w 1996 roku: w 1995 roku około 41 tys. lekarzy medycyny i dentystów pracowało w praktykach prywatnych, zaś w roku następnym liczba ta wzrosła do 51 400 [GUS, 1997a, s. 179; GUS, 1998a, s. 195]. Należy przy tym zaznaczyć, że lekarze ci zwykle jednocześnie zachowywali swoje miejsca pracy w sektorze publicznym.

W połowie 1998 roku rozpoczął się proces prywatyzacji publicznych jednostek ambulatoryjnych. Wielu lekarzy odeszło z zakładów pracy, by stworzyć własne firmy i starać się o kontrakty z kasami chorych na rok 1999. W pierwszym roku funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego kasy chorych podpisały około 4 tys. kontraktów z zakładami niepublicznymi, a w roku następnym liczba zawartych kontraktów wzrosła do 6544 [Kontrakty..., 2000]³. Łącznie w 2000 roku zatwierdzono 21 860 kontraktów, odrzucając 4392 oferty. Procesy te spowodowały w latach 1990–2004 zdecydowane zmiany w strukturze świadczeniodawców działających w ramach opieki ambulatoryjnej realizującej usługi dla ogółu ludności (patrz tabela II.5.1).

² Umowy zostały podpisane z 6 dentystami, następne dotyczyły usług świadczonych przez techników dentystycznych i pogotowie ratunkowe [Windak, Chawla, Kulis, 1998, s. 133].

³ Tak duża liczba kontraktów w porównaniu z liczbą zakładów wynika z tego, że placówki te podpisywały po kilka kontraktów na różnego typu usługi (obejmujące poszczególne specjalności medyczne).

Tabela II.5.1

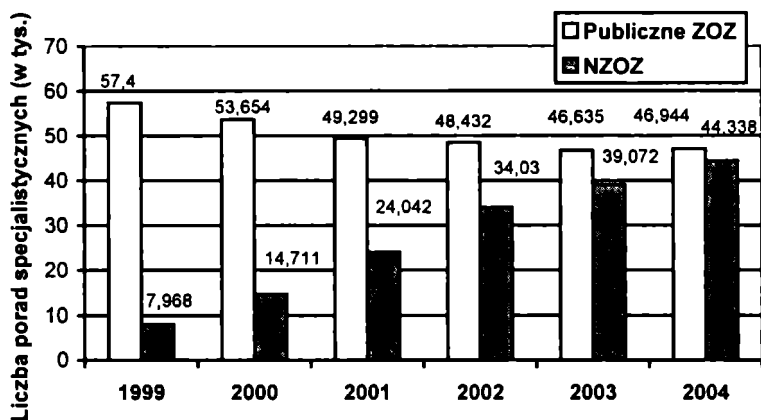
Zmiany w liczbie świadczeniodawców w opiece ambulatoryjnej w Polsce
w latach 1990–2004

Rok	Typ zakładu	Zakłady opieki zdrowotnej	Praktyki lekarskie	RAZEM
1990		9 912	–	9 912
1995		9 785	–	9 785
1999		8 227	2 509	10 736
2000	SPZOZ	4 717	–	4 717
	NZOZ	3 471	5 080	9 551
	RAZEM	8 188	–	14 268
2001	SPZOZ	3 751	–	3 751
	NZOZ	4 260	6 419	10 679
	RAZEM	8 011	–	14 430
2002	SPZOZ	3 130	–	3 130
	NZOZ	4 697	7 004	11 701
	RAZEM	7 827	–	14 831
2003	SPZOZ	3 575	–	3 575
	NZOZ	8 403	7 847	16 250
	RAZEM	11 978	–	19 825
2004	SPZOZ	3 369	–	3 369
	NZOZ	8 732	7 972	16 704
	RAZEM	12 101	–	20 073

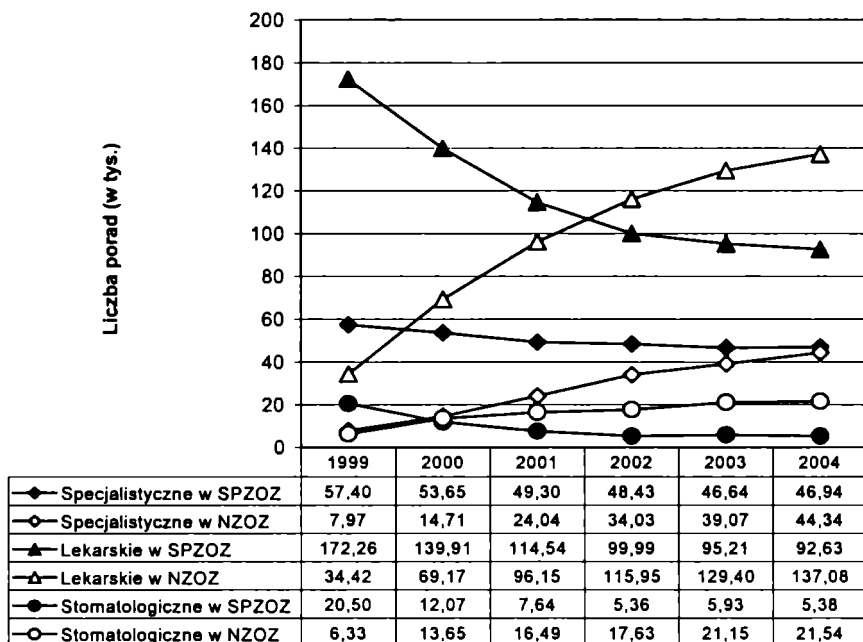
Opracowano na podstawie: GUS, 2001c, Tabl. 6(260): Ambulatoryjna opieka zdrowotna, s. 265; GUS, 2002c, Tabl. 5(260): Ambulatoryjna opieka zdrowotna, s. 267; GUS, 2003a, Tabl. 2(150): Ambulatoryjna opieka zdrowotna, s. 254; GUS, 2004a, Tabl. 3(147): Ambulatoryjna opieka zdrowotna, s. 240; GUS, 2005, Tabl. 3(147): Ambulatoryjna opieka zdrowotna, s. 245

Niestety, ze względu na brak danych z tego okresu nie można odtworzyć rozwoju zakładów i praktyk specjalistycznych, chociaż takie zestawienie w sposób pełniejszy obrazowałoby omawiane zagadnienia.

Analiza rozkładu porad udzielanych w opiece ambulatoryjnej w latach 1999–2004 jeszcze wyraźniej świadczy o zjawisku intensywnej prywatyzacji w opiece ambulatoryjnej (patrz: tabela II.5.1, ryciny II.5.1 oraz II.5.2).



Rycina II.5.1. Przejmowanie realizacji świadczeń (porad specjalistycznych) przez NZOZ-y (opracowano na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia: www.mz.gov.pl z 31.07.2005)



Rycina II.5.2. Przejmowanie realizacji świadczeń (porad lekarskich ogółem, specjalistycznych i stomatologicznych) przez niepubliczny sektor opieki ambulatoryjnej (opracowano na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia: www.mz.gov.pl z 31.07.2005)

II.5.2. Dostępność świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla osób starszych

II.5.2.1. Osiągalność ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych

Do interesujących nas wskaźników osiągalności świadczeń należą: liczba pracowników realizujących dane usługi (w tym przypadku lekarzy specjalistów), liczba poradni lub przychodni specjalistycznych oraz liczba porad specjalistycznych realizowanych przez odpowiednie poradnie czy przychodnie.

Analizując powyższe wskaźniki, trzeba mieć na uwadze powszechną praktykę polegającą na tym, że lekarze specjaliści (posiadający I lub II stopień specjalizacji) zwykle pracowali nie tylko w specjalistycznej opiece zdrowotnej, lecz także w opiece podstawowej czy też w szpitalach – o czym wspomniano na początku niniejszego rozdziału. Dane na temat miejsca ich zatrudnienia nie były dostępne w trakcie prowadzenia badania. W ocenie dostępności opieki mogliśmy zatem posłużyć się tylko wskaźnikiem ogólnej liczby lekarzy specjalistów przypadających na 10 tys. osób w populacji ogólnej, który w roku 1989 wyniósł 15,9 i pomimo wyhamowania naboru na studia lekarskie oraz wprowadzenia ograniczeń w podejmowaniu specjalizacji lekarskich wzrósł w kolejnych latach, do 18,4 w roku 2000 (tabela II.5.2)⁴.

Wobec nasilenia się procesów starzenia społeczeństwa w ostatnim dziesięcioleciu, powiększanie się tego wskaźnika jest jednak niewystarczające – liczba lekarzy specjalistów w przeliczeniu na tysiąc osób powyżej 65 roku życia zmniejszyła się z 16,0 w roku 1989⁵ do 14,9 w roku 2000⁶. Według J. Halika, w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych (1998) zmniejszyła się bezwzględna liczba specjalistów w dyscyplinach szczególnie ważnych dla ochrony zdrowia osób starszych [Halik, 2002, s. 121–123]. W kolejnych latach obserwowano jednak przyrost liczby lekarzy z II stopniem specjalizacji, co zapewne było wynikiem zmiany systemu kształcenia na jednostopniowy i przyspieszonego uzupełniania wykształcenia przez lekarzy (tabela II.5.2).

⁴ Obliczenia własne: 70 969 lekarzy specjalistów na 38 644 tys. ludności w roku 2000.

⁵ W roku 1989 całkowita liczba lekarzy z przynajmniej I stopniem specjalizacji wyniosła 60 592. Liczba ta podzielona przez 3 794 100 osób starszych w tym roku daje 16,0 [GUS, 1998d, Tabl. 3(62): Lekarze specjaliści, s. 165]. Należy podkreślić, że około 76% wszystkich polskich lekarzy w tym czasie posiadało przynajmniej I stopień specjalizacji lekarskiej i często pracowali oni w podstawowej opiece zdrowotnej, dlatego wskaźnik ten niedokładnie obrazuje stan opieki specjalistycznej.

⁶ Obliczenia własne: 70 969 lekarzy specjalistów co najmniej I stopnia na 4 746 100 osób w wieku powyżej 65 lat w roku 2000. W tym czasie 83,5% lekarzy posiadało specjalizację I lub II stopnia.

Tabela 11.5.2

Liczba lekarzy specjalistów pracujących w opiece zdrowotnej w Polsce w latach 1989–2003

Lekarze	1989	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Zmiana w latach 1989–2000
Lekarze specjaliści ogółem	60 592	70 572	75 429	72 162	70 969	73 300	74 390	73 952	+17,1%
na 10 tys. ludności	15,9	18,3	19,5	18,7	18,4	19,0	19,5	19,4	+15,7%
na 1000 os. powyżej 65. r.ż.	16,0	16,3	16,4	15,4	14,9	15,2	15,2	14,9	– 6,9%
Lekarze specjaliści II stopnia	30 359	36 660	43 230	42 980	43 995	47 259	48 038	50 703	+44,9%
na 10 tys. ludności	8,0	9,5	11,2	11,1	11,4	12,2	12,6	13,3	+42,5%
Okuliści II stopnia	1 202	1 357	1 559	1 429	1 485	1 571	1 638	1 741	+23,5%
Otolaryngolodzy II stopnia	1 157	1 267	1 332	1 284	1 320	1 375	1 410	1 490	+14,1%
Urologrzy II stopnia	445	637	700	691	711	798	bd	bd	+59,8%
Neurologrzy II stopnia	1 122	1 358	1 627	1 626	1 678	1 854	1 877	1 999	+49,6%
Chirurdzy II st.	4 327	5 550	6 173	6 120	6 104	6 604	6 648	6 718	+41,1%
Lekarze rodzinni	0	231	2 016	2 507	2 937	3 380	3 665	4 436	+100,0%

Uwaga! Brak wartości z roku 1990 wynika z faktu, że tego typu dane zbierano co 3 lata

Opracowano na podstawie danych: Koronkiewicz, 1998, Tabl. 3.3: Lekarze specjaliści wg niektórych specjalności, s. 103–102; Halik, 2002, s. 121–123; CSIOZ, 2002b, Tabl. 2.3: Lekarze specjaliści (stan z 31 XII); GUS, 1999a, Tabl. 2(254): Lekarze specjaliści, s. 276; GUS, 2001c, Tabl. 2(256): Lekarze specjaliści, s. 262; GUS, 2002c, Tabl. 2(257): Lekarze specjaliści, s. 264; GUS, 2003c, Tabl. 2(273): Lekarze specjaliści, s. 285

W roku 1990 w Polsce funkcjonowało 879 poradni specjalistycznych, co w przeliczeniu na populację osób starszych dało 22,6 przychodni specjalistycznych na 100 tys. osób powyżej 65. roku życia⁷. Restrukturyzacja opieki zdrowotnej i niepełna sprawozdawczość z tego okresu są powodem braku danych dotyczących liczby poradni specjalistycznych w roku 2000. Zdecydowana ich większość przekształciła się w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i pry-

⁷ Obliczenia własne na podstawie danych [GUS, 1998d].

watne praktyki lekarskie, co zapewne w dużej części jest raportowane zbiorczo w tej grupie (tabela II.5.1).

Wobec trudności oszacowania zasobów w zakresie poradni specjalistycznych, bardziej precyzyjnym wskaźnikiem obrazującym zmiany dostępności usług jest liczba udzielonych porad specjalistycznych. W roku 1990 lekarze specjaliści udzielili 55 474 tys. porad, co daje przeciętnie 14,3 na osobę powyżej 65. r.ż. na rok⁸. Wielkość ta nie jest rzeczywistą liczbą porad udzielonych osobom starszym, a jedynie wskaźnikiem utworzonym na użytek prowadzonych porównań (patrz rozdział II.1.2, dotyczący metody badań w projekcie CLESA). Korzystając z podobnej konstrukcji wskaźnika, stwierdzono, że w roku 2000 nieznacznie zwiększyła się liczba porad specjalistycznych, do 14,4 w przeliczeniu na osobę starszą na rok⁹. Według B. Bień, rzeczywiście osoby starsze przeciętnie były konsultowane w tym okresie przez lekarzy specjalistów zaledwie 2–3 razy do roku [Bień, 1996]. Według innych badań tylko około połowy osób w wieku powyżej 65 lat korzystało z porad specjalistów w ciągu roku [Halik, 2002, Tab. 3.14, s. 111]. Dane te wskazują, że korzystanie ludzi starszych z tych świadczeń nie przekracza przeciętnej w całej populacji. Tymczasem wyniki badań epidemiologicznych świadczą o dużych potrzebach ludzi starych, które powinny skłaniać ich do częstszego zasięgania porad specjalistycznych. W przypadku trudności w uzyskaniu tego typu porad na skorzystanie z odpłatnych świadczeń decydują się głównie osoby z wyższym wykształceniem i posiadające wysokie dochody, do których większość osób starszych nie należy [Stelmach, Bielecki, Baryła i in., 2003]. Wiek nie jest zatem czynnikiem, który by sam w sobie ułatwiał częstsze korzystanie ze świadczeń specjalistycznych.

Aby uzyskać właściwy obraz zmian, warto prześledzić proporcję udzielanych porad specjalistycznych w stosunku do liczby podobnych świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej. Analizując wcześniejsze okresy, należy stwierdzić, że liczba wszystkich porad lekarskich udzielanych w opiece podstawowej (włącznie z pediatrycznymi i ginekologicznymi) od roku 1980 utrzymywała się na stałym poziomie, by nieco zmniejszyć się w połowie lat dziewięćdziesiątych. Natomiast liczba porad w opiece specjalistycznej zwiększała się w całym tym okresie i ta tendencja utrzymuje się nadal (tabela II.5.3 i rycina II.5.3). Niestety, na podstawie przytoczonych danych nie jesteśmy w stanie ustalić, w jakim stopniu te tendencje dotyczą osób starszych. Jednocześnie należy odnotować, że dane dotyczące pierwszych analizowanych okresów odnoszą się do innych uwarunkowań systemowych, w związku z czym trudno jest dokonywać bezpośrednich porównań z sytuacją w ostatnich latach.

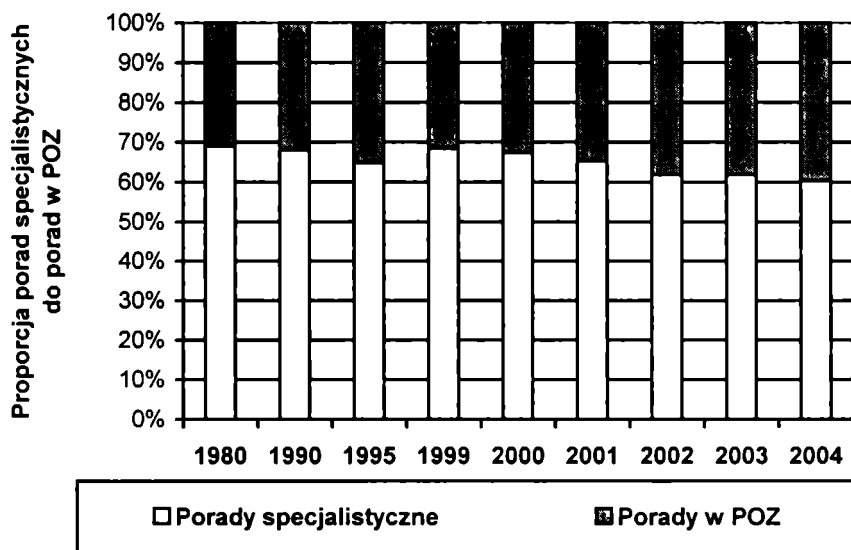
⁸ Jest to liczba (55 474 tys.) porad specjalistycznych w ciągu roku (wykluczając wizyty u stomatologa) w przeliczeniu na populację osób starszych [Koronkiewicz, 1998, Tabl. 3.8: Porady udzielone w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, podstawowej i specjalistycznej, s. 110].

⁹ W roku 2000 udzielono 68 365 300 porad specjalistycznych [GUS, 2003c, s. 289].

Tabela II.5.3

Struktura porad w opiece ambulatoryjnej w Polsce w latach 1980–2004

	Porady	1980	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1	Specjalistyczne (w tys.)	53 120	55 474	59 975	65 368	68 365	73 341	82 462	85 707	91 280
2	POZ (w tys.)	118 245	118 026	110 623	141 316	140 720	137 351	133 480	138 902	138 430
1+2	Razem lekarskie bez stomatologicznych (w tys.)	171 365	173 500	170 598	206 684	209 085	210 692	215 942	224 609	229 710
1/ (1+2)	Specjalistyczne w stosunku do wszystkich %	31,0	32,0	35,1	31,6	32,7	34,8	38,2	38,2	39,7



Rycina II.5.3. Struktura porad w opiece ambulatoryjnej w Polsce w latach 1980–2004

Opracowanie własne na podstawie: danych Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl z 31.07.2005); GUS, 2004a, Tab. 3(147): Ambulatoryjna opieka zdrowotna, s. 240; Koronkiewicz, 1998, Tab. 3.8: Porady udzielone w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, podstawowej i specjalistycznej, s. 110

Od roku 1990 stale rośnie liczba porad udzielonych w lecznictwie specjalistycznym w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Jednocześnie do roku 1996 zaobserwowano stopniowe ograniczanie poradnictwa prowadzonego przez lekarzy POZ. Podjęte reformy spowodowały odwrócenie tej tendencji. W efekcie zmian systemowych uzyskano zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej. W latach 1990–2000 omawiany wskaźnik (liczba porad w przeliczeniu na mieszkańca na rok) zwiększył się, chociaż obecnie ponownie obserwujemy wyhamowanie jego wzrostu.

Rozpatrując te same dane w odniesieniu do liczby osób starszych, można zauważyć spadek liczby wszystkich porad udzielonych w POZ w przeliczeniu na osobę powyżej 65. r.ż. na rok i nieznaczny wzrost liczby porad specjalistycznych. Szczegółowa analiza rozkładu porad udzielanych w POZ (przeprowadzona w rozdziale II.2) pozwala jednak sądzić, że maleje głównie liczba porad udzielanych przez pediatrów i położników, co ostatecznie skutkuje wzrostem przeciętnej liczby świadczeń udzielanych przez lekarzy pierwszego kontaktu osobom dorosłym, w tym ludziom starym. Z kolei poradnictwo specjalistyczne przynajmniej strukturalnie wydaje się dostosowywać do rosnącej populacji ludzi starszych.

Tabela II.5.4

Liczba porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ambulatoriach specjalistycznych w latach 1990–2004

Rok	Porady udzielone przez lekarzy (tys.)		Populacja (tys.)	Liczba osób ≥ 65 . r.ż. (tys.)	Liczba porad w POZ na mieszkańca na rok	Liczba porad w POZ na osobę ≥ 65 . r.ż. na rok	Liczba porad lekarzy specjalistów na mieszkańca na rok	Liczba porad lekarzy specjalistów na osobę ≥ 65 . r.ż. na rok
	POZ	specjalistów						
1	2	3	4	5	6 = 2/4	7 = 2/5	8 = 3/4	9 = 3/5
1990	118 026	55 474	38 183	3 884,2	3,09	30,40	1,45	14,3
1995	110 623	59 975	38 609	4 334,7	2,86	25,50	1,55	13,8
2000	140 720	68 365	38 644	4 746,1	3,64	29,60	1,77	14,4
2001	137 351	73 341	38 632	4 832,1	3,55	28,40	1,90	15,2
2002	133 480	82 462	38 218	4 887,6	3,49	27,30	2,16	16,9
2003	138 902	85 707	38 191	4 951,3	3,64	28,05	2,24	17,3
2004	138 430	91 280	38 174	5 018,3	3,63	27,58	2,39	18,19
Zmiana 1990–2000	+19,2%	+23,2%	+1,2%	+22,2%	+17,8%	–2,6%	+22,1%	+0,7%

Opracowanie własne na podstawie: GUS, 2002c; GUS, 2005; Dok. elektron.: www.stat.gov.pl (odczyt 31.07.2005)

Podsumowując, po przeanalizowaniu przedstawionych danych, można sądzić, że osiągalność świadczeń specjalistycznych po 1990 roku wzrosła, zarówno w odniesieniu do ogółu społeczeństwa, jak i osób starszych. Jednak szczegółowe badania dostępności tej formy opieki dla ludzi po 65. r.ż. wskazują na rzadsze korzystanie z porad specjalistycznych w miarę zaawansowania wieku [Halik, 2002, s. 112]. Co więcej, w badaniach opinii społecznej na temat dostępności opieki zdrowotnej wykazano, że w okresie 1998–2000 i w latach kolejnych zdecydowanie zmniejszył się odsetek osób korzystających z porad lekarzy specjalistów, co poczytywane jest za swojego rodzaju sukces reformy w ograniczaniu kosztownych świadczeń, a to był jeden z jej celów [Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2004, s. 16–28]. Pojawiła się jednak trudna do wytłumaczenia niekonsekwencja: mimo że według danych GUS nastąpił bezwzględny wzrost liczby porad specjalistycznych udzielonych przez lekarzy, zmniejszyła się liczba osób, które potwierdzały korzystanie z tych świadczeń [Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2004; Tymowska, 2003a,c]. Na podstawie przytoczonych wyników trudno też ocenić, czy obserwowana zmiana jest skutkiem rzeczywistych potrzeb pacjentów, czy wcześniejszy stopień korzystania z usług specjalistów był nadmierny i obecna redukcja jest wyrazem bardziej racjonalnego ich zlecania, czy też korzystanie z porad specjalistycznych zostało ograniczone mimo rosnących potrzeb. Przypuszcza się, że gdyby nie istniały różnego rodzaju ograniczenia (bariery ekonomiczne i administracyjne), można by oczekiwać istotnego wzrostu popytu na usługi medyczne w tym zakresie [Czapiński, Panek, 2003, s. 25]. Natomiast zdecydowanie gorsza opinia na temat dostępności porad specjalistycznych jest wyrazem niezadowolenia wywołanego licznymi utrudnieniami natury organizacyjnej. W świetle przedstawionych tak odmiennych danych dostępność opieki specjalistycznej wymaga dalszych badań i powinna stać się przedmiotem głębszej analizy.

II.5.2.2 Rozmieszczenie terytorialne świadczeń specjalistycznych

W związku z różnicą w nasyceniu infrastrukturą (opisaną w rozdziale II.6, poświęconym lecznictwu szpitalnemu) można przyjąć, że rozmieszczenie poradni specjalistycznych zarówno w roku 1990, jak i 2000 było nierównomierne. Poradnie specjalistyczne były i są ulokowane głównie w miastach (z reguły jest ich więcej w miastach będących siedzibami akademii medycznych), co wyraźnie utrudnia dostęp do nich mieszkańcom wsi. Należy mieć tego świadomość pomimo nieco lepszych opinii na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej wyrażanych w sondażach przez osoby starsze i rolników [Halik, 2002, s. 112]. Według J. Halika, osoby należące do tzw. słabszych grup społecznych mają zwykle mniejsze oczekiwania w stosunku do systemu, co ma wpływ na takie wyniki sondaży.

W 2001 roku na tysiąc osób przypadało 0,21 zakładu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, przy czym na obszarach wiejskich wielkość ta wynosiła 0,17, pod-

czas gdy ten sam wskaźnik dla miast wyniósł 0,23. Analizując dostęp do świadczeń, należy dodatkowo wziąć pod uwagę fakt, iż zakłady opieki zdrowotnej na wsi są bardziej oddalone od miejsca zamieszkania pacjentów niż w mieście. Duża odległość od poradni specjalistycznej i zła komunikacja były wymieniane na 7 miejscu wśród najczęstszych barier dostępności do świadczeń specjalistycznych przez 33% mieszkańców wsi i 10% mieszkańców wielkich miast [tamże, s. 112]. Ponadto wykazano, że osoby mieszkające na wsi zdecydowanie rzadziej korzystały z usług lekarzy specjalistów (44% spośród tych, które w ogóle korzystały z opieki zdrowotnej w ciągu roku) niż osoby mieszkające w dużych miastach (66%) [tamże, s. 111]. Z drugiej strony, badania opinii społecznej wskazują na wyraźnie gorszą ocenę dostępu do opieki specjalistycznej wyrażaną przez mieszkańców dużych miast, co można tłumaczyć większymi oczekiwaniami tej grupy społecznej w stosunku do systemu ochrony zdrowia [Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2004, s. 16–28].

Dostępność przestrzenna świadczeń realizowanych w ramach opieki ambulatoryjnej (łącznie podstawowej i specjalistycznej) przedstawia się o wiele gorzej na wsi niż w mieście. Jednocześnie relatywnie nieco więcej osób starszych mieszka na terenach rolniczych (13,4% osób w wieku 65 lat i więcej) niż na obszarach miejskich (12,0%). Te różnice przedstawiono w tabeli II.5.5. Niestety, brak odpowiednich danych uniemożliwia scharakteryzowanie dostępności mieszkańców miast i rejonów wiejskich wyłącznie do poradni specjalistycznych.

Tabela II.5.5

Ambulatoryjna opieka zdrowotna w latach 1990–2002 z podziałem na miasto i wieś

	1990	1995	2000	2001	2002
Liczba zakładów opieki zdrowotnej na 1000 mieszkańców	0,26	0,25	0,21	0,21	0,21
Miasto	0,28	0,27	0,23	0,23	0,23
Wieś	0,23	0,22	0,18	0,17	0,17
Liczba porad lekarskich/mieszkańca	7,12	6,37	5,64	5,51	5,49
Miasto	9,80	8,71	7,64	7,49	7,46
Wieś	2,77	2,58	2,41	2,33	2,31
Liczba ludności po 65. r.ż./liczba ludności ogółem	10,17%	11,23%	12,28%	12,51%	12,79%
Miasto	8,99%	10,23%	11,65%	11,97%	12,35%
Wieś	12,09%	12,84%	13,30%	13,38%	13,50%

Opracowanie własne na podstawie: Dok. elektron.: www.stat.gov.pl (2002); GUS, 2003c, Tabl. 6(277): Ambulatoryjna opieka zdrowotna, s. 289

Biorąc pod uwagę całość przedstawionych informacji, można jednak przypuszczać, że dostępność przestrzenna lekarskich porad specjalistycznych dla

osób starszych mieszkających na wsi jest znacznie bardziej ograniczona niż w przypadku ludzi w podeszłym wieku pozostających na stałe w miastach.

II.5.2.3. Stopień poinformowania osób starszych, pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej o istnieniu i zasadach funkcjonowania poradni specjalistycznych

W roku 1990 nie badano opinii społecznej pod kątem zorientowania w systemie ochrony zdrowia w zakresie świadczeń specjalistycznych, ale możemy przyjąć za stanowiskiem biorących udział w projekcie CLESA ekspertów, że w tym czasie osoby starsze były w pełni zaznajomione ze sposobem uzyskiwania skierowania do poradni specjalistycznych. Natomiast zapewne były w bardzo niskim stopniu świadome istnienia usług poradni rzadko występujących, np. opieki paliatywnej lub leczenia bólu, co należy przypisać niewielkiej liczbie tego typu placówek w tym czasie. Podobnie można przypuszczać, że wiedza pracowników pomocy społecznej oraz lekarzy pierwszego kontaktu na temat sposobu funkcjonowania opieki specjalistycznej była powszechna, nie dotyczyła jednak poradni rzadko występujących w systemie. Ewentualne różnice między poziomem wiedzy osób starszych na ten temat a wiedzą personelu służby zdrowia i opieki społecznej wynikały z określonych kompetencji zawodowych wymienionych grup.

W latach dziewięćdziesiątych restrukturyzacja systemu opieki zdrowotnej spowodowała rozpad zespołów opieki zdrowotnej i powstanie wielu nowych zakładów opieki zdrowotnej. Informowanie pacjentów i świadczeniodawców o nowych zakładach i zakresie świadczonych przez nie usług nie nadążało za zmianami. Nasilenie dezinformacji w tym zakresie przypadło na rok 1999 i 2000. W badaniu opinii społecznej w roku 2000 prawie połowa pytanym uważała, że nie ma sprawnego systemu informowania o zasadach udzielania specjalistycznych porad lekarskich [Derczyński, 2000b; Falkowska 2000a,c]. Należy dodać, że sposób rozpowszechniania informacji na ten temat wyraźnie pogorszył się w okresie 1998–2000, nie uległ też istotnej poprawie w latach późniejszych (do 2003 roku) [Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2004, s. 27].

Świadomość osób starszych co do istnienia na rynku określonych usług specjalistycznych nie zmieniła się w analizowanym czasie (1990–2000). Wraz z wdrożeniem reformy ochrony zdrowia pojawiły się natomiast pytania dotyczące innych aspektów dostępności:

- Czy określone świadczenie specjalistyczne jest dostępne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego?
- W jaki sposób można je uzyskać w nowych warunkach?
- Czy jest ono całkowicie bezpłatne?
- W jakim czasie jest możliwe do uzyskania?

Podobne pytania zadawali sobie pracownicy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, którzy – siłą rzeczy – musieli szybciej nauczyć się zasad funkcyjono-

wania w nowym systemie. W kolejnych komunikatach CBOS wykazano, że w miarę upływu czasu, nabierania doświadczenia w korzystaniu z opieki zdrowotnej zwiększyła się wiedza Polaków na temat nowych reguł działania systemu i poprawiła się ich ogólna opinia na temat dostępności świadczeń [Derczyński, 2000b; Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 19]. Nie dotyczy to jednak porad specjalistycznych, w których przypadku wprowadzono wiele ograniczeń o charakterze administracyjnym, utrudniających do nich dostęp.

II.5.2.4. Stopień partycypowania osób starszych w kosztach świadczeń

W roku 1990 usługi wszystkich poradni specjalistycznych były bezpłatne, a ówczesny rynek usług komercyjnych należy uznać za relatywnie niewielki. W roku 2000 w odniesieniu do usług wykonywanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego sytuacja nie uległa zmianie. Opieka oferowana w tym trybie przez publiczny system ochrony zdrowia była i jest z mocy prawa świadczona nieodpłatnie, wobec czego wszelkie koszty ponoszone przez pacjentów można traktować jako w istocie łamiące tę zasadę [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 55]. (Problem opłat nieformalnych został omówiony w rozdziale II.2.). Równolegle rozwinął się jednak stosunkowo duży sektor prywatny, który oferuje bardzo zróżnicowany zakres świadczeń i coraz częściej znajduje na nie popyt. Przyczyną korzystania z odpłatnych porad jest przede wszystkim niemożność uzyskania bezpłatnego świadczenia w krótkim czasie oraz występowanie innych barier w dostępie do świadczeń finansowanych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wprowadzenie listy świadczeń refundowanych przez publicznego płatnika ograniczyło, już wcześniej znacznie okrojony, zakres bezpłatnych usług w stomatologii i wprowadziło możliwość dopłaty. Należy przy tym stwierdzić, że skłonność do ponoszenia opłat dodatkowych – w celu przyspieszenia uzyskania świadczenia lub poprawy jej jakości – wykazują przede wszystkim osoby zamożne, pracujące w prywatnych firmach i posiadające wyższe wykształcenie [tamże, s. 39; Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2004, s. 16–28]. Zdecydowanie rzadziej dotyczy to osób starszych. Z drugiej strony, w badaniach z 1999 roku wskazuje się na duży odsetek osób starszych, które rezygnują z usług zdrowotnych, zwłaszcza porad lekarzy specjalistów (15%) oraz wykupu leków (27%), z powodu braku pieniędzy [Trafialek, 2003, s. 209].

II.5.2.5. Bariery w dostępie do świadczeń specjalistycznych

We wczesnych latach dziewięćdziesiątych obowiązywały skierowania do lekarzy specjalistów wystawiane przez lekarza rejonowego lub innego lekarza zatrudnionego w publicznej służbie zdrowia. Należy jednak stwierdzić, że nie zawsze były one wymagane przez lekarzy specjalistów – zdarzało się, że przyjmowali oni pacjentów bez skierowań. Mieli przy tym dużą swobodę w decydowaniu o kolejności przyjęć.

Zauważalne zmiany w dostępie do świadczeń specjalistycznych udzielanych ambulatoryjnie nastąpiły w roku 1999 [UNUZ, 2001]. Wprowadzenie kontraktów na usługi medyczne (w tym specjalistyczne) sprawiło, że liczba świadczeń udzielanych przez poszczególne zakłady jest ograniczona, a skierowania na konsultację do specjalisty są bezwzględnie wymagane i warunkowane wskazaniem klinicznymi. Starając się przeciwdziałać nadmiernej produkcji usług, obok reglamentacji klinicznej wprowadzono również barierę administracyjną w postaci rocznych limitów na świadczenia.

W początkowym okresie wprowadzania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w niektórych kasach kontrakty z lekarzami rodzinnymi podpisywane były w taki sposób, że lekarze ci posiadali również budżet na niektóre świadczenia specjalistyczne oraz procedury diagnostyczne (*fund-holding*). Ich zadaniem było więc przeprowadzanie selekcji pacjentów kierowanych do leczenia specjalistycznego. Obecnie skierowanie może wystawić każdy lekarz powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli lekarz posiadający indywidualny kontrakt z publicznym płatnikiem (obecnie oddziałem NFZ) lub pracujący w zakładzie realizującym taki kontrakt.

Lekarze specjaliści, pracujący indywidualnie lub w zakładach opieki zdrowotnej, realizują oddzielne kontrakty, których zapisy określają tryb opłacania ich usług. Specjaliści otrzymują zapłatę za zrealizowane świadczenie jedynie wówczas, gdy jest ono poprzedzone skierowaniem od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – z pewnymi wyjątkami. W miarę dopracowywania zasad działania systemu ochrony zdrowia ustalono, że skierowanie nie będzie wymagane w przypadku świadczeń udzielanych przez: ginekologa i położnika, dentystę, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulistę, psychiatrę, a także: dla osób chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych oraz uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych – w zakresie leczenia odwykowego.

Nowym ograniczeniem w dostępie do świadczeń specjalistycznych, wynikającym z zapisów kontraktu z publicznym płatnikiem, jest także limitowanie usług, konieczne przy zastosowaniu obowiązującego sposobu opłacania usług medycznych. Problemy z dostępnością wynikają również z tradycji chętnego korzystania z usług specjalistycznych przez pacjentów (zamiast realizacji świadczenia przez lekarza pierwszego kontaktu). Zjawisko to często powoduje „wyczerpanie” limitów w trakcie realizacji umowy.

Opisane zmiany spowodowały utrudnienie (w porównaniu do okresu poprzedniego) w dostępie do lekarzy specjalistów oraz były impulsem do tworzenia list oczekujących na świadczenia, które usankcjonowano na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 kwietnia 2003 roku¹⁰. Wprowadziło ono regulacje prawne dotyczące tworzenia rejestru oczekujących na świadczenia medyczne, w tym na porady specjalistyczne. Zgodnie z rozporządzeniem świadczenia zdrowotne w nagłych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia są udzielane niezwłocznie. W pozostałych sytuacjach, jeśli poradnia specjalistyczna nie jest w stanie udzielić porady (ze względu na ograniczoną liczbę zakontraktowanych świadczeń), musi prowadzić rejestr ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W rejestrze tym między innymi określona zostaje, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i stanem zdrowia pacjenta, kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych. Ponadto poradnie specjalistyczne zobowiązane są do comiesięcznego przekazywania publicznemu płatnikowi informacji o liczbie ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o czasie oczekiwania. Poradnia jest zobowiązana również do poinformowania ubezpieczonego o czasie oczekiwania na świadczenie zdrowotne oraz o kryteriach, które zdecydowały o jego miejscu w rejestrze. Należy zaznaczyć, że rozporządzenie to ukazało się w okresie późniejszym niż analizowany w projekcie.

Rozporządzenie, o którym mowa, zalegalizowało istniejącą już w poradniach praktykę tworzenia list oczekujących na świadczenie. Zmiany demograficzne, oczekiwania społeczne oraz organizacja systemu ochrony zdrowia sprawiają, że zjawisko oczekiwania na świadczenie nasila się, a trudności w dostępie do usług medycznych, w tym do porad specjalistycznych, dotyczą wszystkich pacjentów, także tych po 65. r.ż. [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001].

II.5.2.6. Czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne

W 1990 roku nie było formalnych podstaw do tworzenia listy oczekujących na usługi medyczne, ale zawsze takie kolejki istniały, zwłaszcza w zakresie niektórych świadczeń. Dostęp do usług specjalistycznych warunkowany był wcześniejszym ustaleniem terminu wizyty. W przypadku poradni specjalistycznych średni czas oczekiwania wahał się od kilku dni do kilku tygodni, w zależności od specjalności, z której usług pacjent chciał skorzystać. Przyjmuje się, że czas oczekiwania zależał wyłącznie od stopnia ciężkości stanu klinicznego. W uzasadnionych przypadkach pacjenci przyjmowani byli poza kolejnością, przy czym osoby starsze korzystały ze świadczeń na podobnych zasadach jak inne grupy wiekowe.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 roku w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarke i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U., 2003, Nr 63, poz. 589).

W ostatnich latach wśród głównych trudności w dostępie do porad specjalistycznych najczęściej wymienia się bardzo odległe terminy i konieczność oczekiwania na wizytę w kolejce do gabinetu [Borkowska-Kalwas, Halik, Pączkowska, 2001, s. 14–21]. W 1999 roku najtrudniej było uzyskać poradę: okulisty, laryngologa, stomatologa, kardiologa i reumatologa. Po roku 2000 powyższe trudności wystąpiły również w przypadku ortopedii i neurologii. Nietrudno zauważyć, że są to specjalności, z których usług osoby starsze korzystają najczęściej. Pośrednio zatem można wnioskować, że dostęp tych osób do wymienionych specjalistów jest ograniczony [tamże, s. 17].

Czas oczekiwania na porady specjalistyczne w 2000 roku był bardzo zróżnicowany (od kilku dni do kilku miesięcy) i zależał od rodzaju specjalizacji. Według danych z Małopolski w około trzech czwartych badanych poradni 90% zarejestrowanych pacjentów oczekiwało na wizytę u specjalisty do 14 dni. Najodleglejsze terminy przyjęć stwierdzono w poradniach: cukrzycowej (do 140 dni), chirurgii szczękowej, dermatologicznej, endokrynologicznej, hepatologicznej (do 90 dni), chorób tarczycy (do 78 dni), alergologicznej (do 48 dni) i rehabilitacyjnej (do 42 dni) [MRKCh, 2000]. Dostęp do świadczenia uwarunkowany był posiadaniem skierowania oraz wcześniejszym ustaleniem terminu wizyty. O czasie oczekiwania na poradę decydował stan kliniczny pacjenta, przy czym w przypadku zagrożenia życia konsultacja udzielana była niezwłocznie.

Najnowsze badania wskazują, że problem bardzo odległych terminów wizyt u specjalisty nadal dominuje wśród wielu przyczyn ograniczenia dostępu do porad specjalistycznych i dotyczy coraz większej liczby osób korzystających ze świadczeń [Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2004, s. 27].

II.5.3. Wnioski i rekomendacje

Wnioski

1. Osiągalność lekarskich porad specjalistycznych w ciągu analizowanego dziesięciolecia poprawiła się i ze wskaźników strukturalnych można wnosić, że dotyczy to również osób starszych.

2. Świadczenia specjalistyczne są w mniejszym stopniu dostępne dla mieszkańców wsi. Biorąc pod uwagę częstsze zamieszkiwanie tych terenów przez osoby starsze, można zakładać, że doświadczają one gorszej dostępności przestrzennej w zakresie tych świadczeń.

3. Zarówno pacjenci, jak i pracownicy opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej od lat znają sposób kierowania do poradni specjalistycznych. Wprowadzone w 1999 roku zmiany dotyczące zasad udzielania świadczeń specjalistycznych przyczyniły się jednak do pogorszenia poziomu poinformowania pacjentów i pracowników obu sektorów na temat zmienionych zasad udzielania porad przez specjalistów.

4. Wraz z wprowadzeniem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pojawiły się nowe bariery – w postaci przestrzegania wymogu posiadania skierowań, ustalania terminu wizyty, limitowania usług – które wpłynęły na wydłużenie czasu oczekiwania na usługę i pogorszyły dostępność organizacyjną specjalistycznych porad lekarskich. Tym należy tłumaczyć znaczne zmniejszenie częstości korzystania z porad specjalistycznych (w opinii badanych) oraz niski stopień akceptowania tych zmian.

5. Wyjaśnienia wymaga zmniejszenie liczby osób korzystających z porad specjalistycznych mimo realnego zwiększenia liczby porad udzielanych przez lekarzy.

6. Ponoszenie opłat dodatkowych, związanych z korzystaniem ze świadczeń specjalistycznych w postaci porady lekarskiej, jest w mniejszym stopniu udziałem osób starszych, ubogich i mających niskie wykształcenie. Wobec limitowanej liczby usług specjalistycznych brak środków może jednak w przypadku wymienionych grup społecznych pogarszać dostępność kosztową świadczeń udzielanych odpłatnie.

Rekomendacje

1. Poprawa dostępności usług wiązać się może z dwiema zmianami. Jedną z nich mogłoby być przeznaczenie większej ilości środków na leczenie specjalistyczne, co jednak jest trudne do przeprowadzenia w związku z ograniczonością funduszy w ramach systemu opieki zdrowotnej. Zakładając, że przyczyną nadmiernego korzystania ze świadczeń specjalistycznych jest eskalacja potrzeb w tym zakresie, najbardziej racjonalne jest wprowadzenie takich rozwiązań, które umożliwiłyby zwiększenie kompetencji lekarzy opieki podstawowej oraz przekazanie im większych środków na diagnozowanie i leczenie pacjentów także w przypadku trudniejszych schorzeń.

2. Należy postulować poprawę sprawozdawczości przez wprowadzenie systemu rejestracji realizowanych świadczeń, wzbogaconego o raportowanie wieku i kluczowych wskazań pacjentów do badania, co pozwoliłoby na precyzyjną obserwację korzystania ze świadczeń i przewidywanie zapotrzebowania na nie.